

University of Groningen

Goede raad voor toezicht op de gezondheidszorg in Tanzania

Mollel, Henry; Tollenaar, Albertjan

Published in:
Ridderorde

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2014

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Mollel, H., & Tollenaar, A. (2014). Goede raad voor toezicht op de gezondheidszorg in Tanzania. In H. Winter, A. Tollenaar, & B. Marseille (editors), *Ridderorde: Beschouwingen over bestuurlijke organisatie, toezicht en jurisdisering. Liber amicorum Ko de Ridder* (blz. 167-178). Wolf Legal Publishers.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Goede raad voor toezicht op de gezondheidszorg in Tanzania

Henry Mollel & Albertjan Tollenaar

1 Inleiding

Hoe organiseren we adequaat toezicht? Met deze vraag kun je eenvoudig een academisch leven vullen.¹ En die academische interesse blijft niet beperkt tot van één individu: leerstoelen² en tijdschriften³ zijn gewijd aan hetzelfde onderwerp. Daarbij is deze vraag ook maatschappelijk relevant, getuige de vele rapportages naar aanleiding van *falend* toezicht en de voornemens om dit toezicht dan te verbeteren.⁴

Deze bijdrage gaat over de vraag naar de organisatie van adequaat toezicht in de gezondheidszorg in Tanzania. De vraag die centraal staat is in hoeverre 'supportive supervision' is geïmplementeerd en welk effect dat heeft op de kwaliteit van de geleverde zorg in Tanzania.

Deze bijdrage kan op twee niveaus worden gelezen. In de eerste plaats beogen wij met deze bijdrage nader inzicht te verschaffen in het concept van 'supportive supervision'. Wat is het eigenlijk en wat voegt het toe aan wat we al weten over toezicht? In de tweede plaats is de bijdrage een voorbeeld van de opdracht aan bestuurskundigen om algemene concepten te vertalen naar de lokale (Tanzaniaanse) werkelijkheid en zoveel mogelijk met voorbeelden uit die lokale werkelijkheid te illustreren.⁵ Bestuurskunde is immers geen exclusief Westerse wetenschap, maar draait om concepten en theorieën die in elke maatschappelijke context van betekenis zijn of kunnen zijn. De uitdaging aan bestuurskundigen is om die concepten te verrijken met lokale 'narratives' die aansluiten bij de werkelijkheid van dege-

1 Een bloemlezing: J. de Ridder, *Planologisch toezicht in Groningen: de implementatie van het Streekplan Groningen 1978* en van dezelfde auteur: *Toezicht in de ruimtelijke ordening*, (diss Groningen), Kluwer: Deventer 1990 en *Een goede raad voor toezicht* (oratie), Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2004.

2 Een kleine greep: de Rijksuniversiteit Groningen en de Technische Universiteit Delft kennen een leerstoel 'toezicht'. Daarnaast zijn er nog specifiekere leerstoelen, zoals de leerstoel 'prudentieel toezichtrecht' en 'onderwijstoezicht' aan de Universiteit van Amsterdam of de leerstoelen 'corporate governance and responsibility' en 'effectiviteit van het toezicht' aan de Erasmus universiteit en de leerstoel 'effectiviteit van het toezicht' aan de Nyenrode Business Universiteit.

3 Zoals het 'Tijdschrift voor Toezicht', maar ook 'Tijdschrift voor public governance audit & control' en 'Goed Bestuur & Toezicht'.

4 Bijvoorbeeld J. de Ridder, *Toezicht op de kinderopvang*, Rijksuniversiteit Groningen 2012 naar aanleiding van de misstanden in een Amsterdams kinderdagverblijf.

5 J. Itika, J. de Ridder, A. Tollenaar (eds), *Theories and stories in African public administration*, African Studies Centre: Leiden 2011.

nen die kennis moeten nemen van het bestuurskundig onderzoek: beleidsmakers, maar zeker ook studenten.⁶

De opbouw van deze bijdrage is als volgt. Allereerst verkennen we in algemene zin wat onder toezicht wordt verstaan en op welke problemen toezicht in de context van de gezondheidszorg stuit (paragraaf 2). Vervolgens bespreken we in paragraaf 3 een aantal concepten die zijn ontwikkeld om deze problemen het hoofd te bieden. Dit mondt uit in een bespreking van het concept van 'supportive supervision' (paragraaf 4). In paragraaf 5 doen we verslag van een empirisch onderzoek naar de implementatie van dit concept in de Tanzaniaanse gezondheidszorg. We sluiten in paragraaf 6 af met een conclusie over de waarde van supportive supervision voor de kwaliteit van de Tanzaniaanse gezondheidszorg.

2 Toezicht als verschijnsel

Toezicht kan men definiëren als 'een proces waarbij een actor een andere actor, krachtens een daartoe strekkende bevoegdheid, tracht te behoeden voor misstapen'.⁷ Er is dus sprake van een relatie tussen toezichthouder en ondertoezichtgestelde waarbinnen de toezichtshandelingen plaatsvinden. De grote vraag is hoe een toezichthouder de ondertoezichtgestelde moet 'behoeden voor een misstap'. Het antwoord op deze vraag bevat in ieder geval twee onbekenden: namelijk de *informatie* die de toezichthouder nodig heeft om te kunnen beoordelen of de ondertoezichtgestelde een misstap begaat en de *interventie* die dan nodig is om die misstap te voorkomen.⁸ *Informatie* en *interventie* zijn twee onbekenden, omdat de context waarin toezicht plaatsvindt, bepalend is voor de vraag welke informatie beschikbaar is en welke interventie dan het meest geschikt is om de misstap te voorkomen.

Bij die twee onbekenden draait het uiteindelijk om de kenmerken van de diensten of de goederen die door de ondertoezichtgestelde worden geleverd. Er is bijvoorbeeld een verschil tussen 'inspectiegoederen' en 'vertrouwensgoederen'.⁹ Bij inspectiegoederen kan van tevoren, voor de daadwerkelijke levering, worden vastgesteld wat de kwaliteit van het geleverde goed is. Veel fysieke goederen zijn inspectiegoederen. In principe is de kwaliteit van voedsel bijvoorbeeld vast te stel-

6 Het is deze uitdaging die ten grondslag ligt aan inspanningen om via de door het Nuffic gesponsorde NFP- en NICHE-projecten een lokale onderzoekscultuur te stimuleren en lokaal onderzoek te verrichten. Ko de Ridder heeft zich in het recente verleden als 'academic supervisor' voor deze projecten in Tanzania ingespannen.

7 J. de Ridder, *Beleidsvoering door toezicht*, in: *Handboek beleidsvoering overheid 1988*.

8 J. de Ridder, *Een goede raad voor toezicht* (oratie), Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2004, p. 39-43. De Ridder noemt daarnaast 'oordeelsvorming' als kenmerk. Wij beperken ons tot twee kenmerken die het toezicht al moeilijk genoeg maken.

9 J. Hirshleifer, 'Where Are We in the Theory of Information?', *The American Economic Review* 1973 (2), p. 31-39. Soms worden ook wel 'zoekgoederen' onderscheiden, zie: P. Nelson, 'Information and Consumer Behavior', *Journal of Political Economy* 1970 (78), p. 311-329.

len voordat deze wordt geleverd. Misschien niet voor de individuele consument, maar wel voor een toezichthouder die monsters kan nemen en kan analyseren.¹⁰

Van vertrouwensgoederen kan pas na levering worden vastgesteld wat de kwaliteit was. Het gaat daarbij veelal om diensten die worden geleverd in een besloten relatie tussen de ondertoezichtgestelde en een cliënt.¹¹ Onderwijs, kinderopvang, zorg en re-integratie kunnen tot de 'vertrouwensgoederen' worden gerekend: de toezichthouder kan nooit precies weten of nagaan wat zich in de beslotenheid de klas, het kinderdagverblijf of de behandelkamer afspeelt en zal zich moeten baseren op secundaire informatie van degenen die deze diensten hebben genoten (cliënten, ouders). Hooguit kan achteraf, als het leed geleden is, worden gereconstrueerd wat er fout is gegaan.¹² En soms kan op basis van afgeleide indicatoren iets worden gezegd over de kwaliteit van de dienstverlening. Dit leidt tot lijstjes met schoolprestaties,¹³ of lijstjes met scores van medische handelingen.¹⁴ Deze lijsten zeggen echter louter iets over de geboden kwaliteit in het (recente) verleden, maar niets over de actuele kwaliteit van de dienstverlening.

Voor wat betreft de *interventie* is er de variatie tussen reactieve en proactieve interventies. Het reactieve model bestaat uit bestraffen naar aanleiding van geconstateerde misstappen. De redenering is dat na zo'n bestraffing de ondertoezichtgestelde in de toekomst wel beter zal uitkijken (speciale preventie) en dat de beroepsgroep waartoe de ondertoezichtgestelde hoort, in de toekomst beter zijn best zal doen (generale preventie). Het proactieve model richt zich op het voorkomen van de misstap, door vast te stellen of de organisatorische randvoorwaarden aanwezig zijn voor goede dienstverlening. Het toezicht richt zich bijvoorbeeld op de organisatiestructuur (raad van toezicht) of aanwezigheid van kwaliteitssystemen (certificering).

De vraag welke informatie beschikbaar is en welke interventie bijdraagt aan het voorkomen van de misstap, is het zoeken naar de heilige graal van het toezicht. Bij inspectiegoederen is de uitdaging het bepalen van de juiste steekproef van goederen die moeten worden geïnspecteerd. Het is immers praktisch ondoenlijk om van elk inspectiegoed na te gaan of het voldoet aan de criteria. De volgende vraag is welke interventie nodig is om de gevolgen van een in de steekproef geconstateerde misstap weg te nemen. 'Uit de handel' nemen van de hele verzameling inspectie-

10 Dat deze er niet altijd aan toekomt, is een ander verhaal: 'Voedseltoezicht fiasco; Uitgeklede inspectie kan werk niet aan', *De Telegraaf* 28 september 2013.

11 H.K. Anheier, *Nonprofit Organizations: Theory, Management, Policy*, Routledge: London 2005.

12 Dat leidt dan tot de eerder genoemde rapportages over falend toezicht.

13 Vergelijk: Rb Midden-Nederland 4 september 2013 ECLI:NL:RBMNE:2013:3648 en de website die daarop is ontwikkeld: www.rtlnieuws.nl/nieuws/special/publicatie-cito-scores-kijk-hoe-jouw-school-scoort.

14 Zie: www.kiesbeter.nl waarop per behandeling de succesratio van de dienstverlener kan worden gevonden.

goederen, waarschuwen en openbaar maken van meetgegevens (naming and shaming) zijn enkele van de mogelijkheden.

Bij vertrouwensgoederen is de uitdaging groter. Zoals eerder opgemerkt is van deze goederen de informatie over de kwaliteit van het gebodene sowieso lastig te verkrijgen. Bovendien werkt een reactief interventiemodel met 'hard straffen' doorgaans averechts, omdat streng straffen ertoe zal leiden dat informatie nog moeilijker kan worden verkregen. Naarmate de dreiging van een sanctie toeneemt, zal de dienstverlener immers eerder geneigd zijn om eventuele fouten te maskeren. Juist bij vertrouwensgoederen ziet men dan ook een vorm van toezicht dat zo min mogelijk reactieve elementen bevat.

Hoe het toezichtsmodel er dan uit ziet, blijkt uit de casus van 'baby Jelmer' uit 2007. Jelmer wordt als baby enkele weken na zijn geboorte geopereerd aan zijn darmen. Enkele dagen na de operatie blijkt hij vanwege een hersenbeschadiging zwaar geestelijk en lichamelijk gehandicapt. Dit incident wordt binnen het ziekenhuis uitvoerig onderzocht, onder de code 'veilig melden'. De gedachte achter deze code is dat medewerkers kunnen meewerken aan het onderzoek zonder te hoeven vrezen voor repercussies. Incidenten als bij baby Jelmer worden via deze code gerapporteerd en geregistreerd.¹⁵ Naar de buitenwereld toe wordt de werkelijke toedracht echter gemaskeerd, ook al om eventueel tuchtrechtelijke of civielrechtelijke aansprakelijkheden te voorkomen. Het gevolg is dat de pogingen van de ouders van Jelmer om te achterhalen wie welke fouten heeft gemaakt, stuklopen op een muur van zwijgzaamheid. Uiteindelijk wenden zij zich tot de Nationale ombudsman die deze gang van zaken in strijd vindt met het beginsel van transparantie.¹⁶

Daarmee blijft echter de vraag onbeantwoord hoe kan worden voorkomen dat zorgverleners informatie achterhouden, als zij – al dan niet terecht – vrezen voor tuchtrechtelijke consequenties.¹⁷ Hoe moet het toezicht bij vertrouwensgoederen worden vormgegeven, waarbij de kwaliteit van de dienst niet goed van te voren kan worden vastgesteld en de toezichthouder (dus) in grote mate afhankelijk is van de medewerking (informatie) van de ondertoezichtgestelde en bovendien niet kan dreigen met stevige sancties omdat dat averechtse effecten heeft?

15 Uit het jaarverslag van het UMCG over 2012 (UMCG, Jaarverslag 2012, p. 34) blijkt dat het accent bij de toepassing van de code veilig melden in 2012 is verschoven van registratie naar adequaat analyseren en afhandelen van meldingen, met als doel soortgelijke incidenten daarna te voorkomen. Deze constatering geeft enig inzicht in de wijze waarop het interne onderzoek bij de casus van Baby Jelmer heeft plaatsgevonden.

16 Nationale ombudsman, *Onverantwoorde zorg UMCG Onverantwoord toezicht IGZ*, Rapportnummer: 2011/357, Den Haag 2011.

17 Het zijn niet alleen de juridische consequenties die hieraan in de weg staan. De cultuur van de medische beroepsgroep lijkt een andere factor, zo blijkt uit het interview met chirurg Johan Lange in het NRC Handelsblad van 19 november 2013 ('In de OK moet iedereen zich vrij voelen om te spreken').

3 Van systeemtoezicht en proxy-toezicht naar supportive supervision

De vraag naar het adequate design van het overheidstoezicht bij vertrouwensgoederen, zoals de gezondheidszorg, houdt veel beleidsmakers en toezichthouders bezig. In de literatuur worden verschillende concepten aangedragen als oplossing van dit probleem. Vaak wordt de oplossing gezocht in een vorm van 'systeemtoezicht'. Honingh & Helderman (2010), definiëren systeemtoezicht als volgt:

'Systeemtoezicht is het verticale toezicht van de overheid waarbij de opzet, reikwijdte en werking van (kwaliteits-)systemen en bedrijfsprocessen bij organisaties wordt vastgesteld. Dit door auditachtige onderzoeken met realitychecks uit te voeren en gebruik te maken van de interne borgingssystemen binnen organisaties of sectoren.'¹⁸

Het publieke toezicht op de levering van de vertrouwensgoederen richt zich dus op de context waarin de ondertoezichtgestelde zijn producten of diensten tot stand brengt. Systeemtoezicht kent vele varianten. De constante is het object van toezicht: dat is niet de individuele zorgverlener, maar de omgeving waarin deze zorgverlener zijn werk doet. Deze omgeving bestaat uit verschillende 'regelsystemen', waarmee wordt bedoeld: concrete gedragsvoorschriften, inclusief een sanctie-instrumentarium voor het geval deze gedragsvoorschriften worden overtreden. In de zorgsector zou men kunnen denken aan de arbeidsrelatie met de werkgever (instructies op de werkvloer), de professionele vorming (protocollen, regels en opleidingseisen van de beroepsgroep), certificering en niet te vergeten: de aansprakelijkheidsverzekering.¹⁹ Deze regelsystemen voorzien in uitgebreide eisen omtrent verslaglegging, eventueel in de vorm van 'logfiles' uit computersystemen waaruit precies kan worden afgelezen wat er wanneer is gebeurd.

Met systeemtoezicht richt het toezicht van de overheid zich op de aanwezige regelsystemen. Soms worden deze regelsystemen gecreëerd om het toezicht effectiever te maken. Men zou dat 'proxy-toezicht' kunnen noemen: binnen de organisatie waarop toezicht wordt uitgeoefend krijgt een interne instantie een afgeleide toezichtsverantwoordelijkheid opgedragen.²⁰ Deze instantie is belast met de borging van het doel waarvoor toezicht in eerste instantie noodzakelijk wordt geacht, zoals veiligheid van de zorg, kwaliteit van het onderwijs of privacy van burgers. Dit proxy-toezicht kent verschillende vormen. In de profit-sector kan gedacht worden aan de raad van commissarissen, waarbij eventueel een daartoe aangewezen commissaris is belast met de borging van een buiten de organisatie gelegen (publiek)

18 M.E. Honingh & J.K. Helderman, 'Voor wie of wat is systeemtoezicht zinvol?', *Tijdschrift voor Toezicht* 2010 (1), p. 6-25.

19 Dit is geen uitputtende opsomming. In de medische sector gelden bijvoorbeeld ook regels en voorschriften die te maken hebben met het gebruik van medische apparatuur, die weer voortvloeien uit eventuele aansprakelijkheid voor de leverancier van die apparatuur etc.

20 J. de Ridder, 'Proxy-toezicht', *Tijdschrift voor Toezicht* 2013 (4), p. 23-40.

belang.²¹ In de non-profit sector is de Raad van Toezicht het aangewezen orgaan voor zo'n functie.²² En in een enkel geval wordt het 'proxy-toezicht' opgedragen aan een specifieke functionaris, zoals de privacyfunctionaris die toezicht houdt op de naleving van de Wet bescherming persoonsgegevens,²³ of de compliance officer in het bankwezen.²⁴

Systeemtoezicht en proxy-toezicht vergen nogal wat van het zelfregulerend vermogen van de ondertoezichtgestelde. Er moet immers sprake zijn van een zekere organisatiegraad, met een verdeling van bevoegdheden, en een effectief sanctie-instrumentarium voor het geval het 'mis' gaat. Maar wat nu als aan deze voorwaarden niet is voldaan? Wanneer de ondertoezichtgestelde sector niet over een groot zelfregulerend vermogen beschikt? Wanneer regels ontbreken of wanneer de capaciteit om informatie te verzamelen en normen af te dwingen afwezig is? Dit zijn in een land als Tanzania geen irrelevante vragen.²⁵

In deze omstandigheden richt de toezichthouder zich noodgedwongen op het handelen van de individuele behandelaar, omdat er niet veel meer is. Maar om de eerder genoemde, voorzienbare gevolgen van (te) stevig toezicht te voorkomen, eindigt de zoektocht naar een adequate vorm van toezicht in een vorm van 'supportive supervision': een tamelijk nieuw concept waarmee de Westerse donoren het openbaar bestuur van menig Afrikaans land proberen te verbeteren.²⁶ Marquez & Kaen (2002) definiëren supportive supervision als volgt:

'Supportive supervision is facilitative, fostering relationships that help improve individuals' skills and performance. Supervisors are intermediaries who implement institutional goals, solve problems at lower levels and serve as a link to higher levels of authority to resolve lingering problems.'²⁷

Op het eerste gezicht onderscheidt deze definitie zich niet van de eerder aangehaalde algemene definitie van toezicht. 'Improve individuals' skills and performance' is immers uiteindelijk niet veel anders dan het voorkomen van misstappen. Toch zijn er wel verschillen. Niet voor niets wordt 'supportive supervision' geconstrueerd met een traditioneel toezicht, waarin de toezichthouder zich *reactief*

21 H.D. Stout, *Weerbare waarden, borging van publieke belangen in nutssectoren* (oratie Delft), Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2007.

22 J. de Ridder, 'Proxy-toezicht', *Tijdschrift voor Toezicht* 2013 (4), p. 23-40; daar komt niet altijd iets van terecht: J. de Ridder, *Een goede raad voor toezicht* (oratie), Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2004, p. 35-36.

23 Zie art. 62 Wet bescherming persoonsgegevens.

24 Art. 21 Besluit prudentiële regels Wft en art 31c Besluit Gedragstoezicht financiële ondernemingen Wft, beiden gebaseerd op de Wet op het financieel toezicht dat het toezicht op de financiële markten regelt.

25 Zie ten aanzien van het onderwijs: W.L. Mafuru, *Coping with inadequacy* (diss Groningen), African Studies Centre: Leiden 2011.

26 L. Marquez & L. Kean, 'Making supervision supportive and sustainable: new approaches to old problems', *MAQ Paper No 4*, 2002. Dit rapport is geschreven in opdracht van USAID: een van de belangrijkste donoren in de 'sub sahara regio'.

27 L. Marquez & L. Kean, 'Making supervision supportive and sustainable: new approaches to old problems', *MAQ Paper No 4*, 2002, p. 12.

opstelt, eigenlijk nauwelijks discussieert over de validiteit van zijn waarnemingen en er geen echte 'follow up' plaatsvindt na een interventie.²⁸ Een belangrijke toevoeging van 'supportive supervision' is dat de toezichthouder het niet laat bij een enkele interventie, maar zich ook druk maakt over de manier waarop zijn interventie wordt verwerkt door de ondertoezichtgestelde.²⁹ Er lijkt daardoor sprake van een innige band tussen toezichthouder en ondertoezichtgestelde. Niet voor niets verwijst de definitie naar de 'institutional goals' waarvoor ook de toezichthouder zorg moet dragen. Supportive supervision haakt daarom aan bij literatuur over de werking van organisaties, en met name: leiderschap, waarin de relatie tussen leider en volger,³⁰ in dit geval: toezichthouder en ondertoezichtgestelde, het object van studie is.

In de literatuur over leiderschap wordt effectiviteit van het leiderschap afgemeten aan de mate waarin ondergeschikten geneigd zijn de leider te accepteren.³¹ Dit lijkt op de literatuur over 'supportive supervision', waarin wordt gesproken over 'perceived supervisory support', oftewel – enigszins vrij vertaald – de mate waarin de ondertoezichtgestelde genegen is de opmerkingen van de toezichthouder serieus te nemen.³² In onderzoek wordt 'perceived support' in verband gebracht met een aantal factoren die kunnen worden samengevat als: minder kans op misstappen door de ondertoezichtgestelde.³³ Het bewijs uit dat onderzoek leidt uiteraard tot richtlijnen over de wijze waarop een 'supportive supervisor' zich zou moeten opstellen. Toezichthouders...:

'act friendly and considerate, are patient and helpful, show sympathy and support when someone is upset or anxious, listen to complaints or problems, and look out for other's interests.'³⁴

Terug naar de kenmerken van 'supportive supervision': wat is het nu eigenlijk precies? Allereerst valt uit de definitie op te maken dat in het concept van 'supportive supervision' de relatie tussen toezichthouder en ondertoezichtgestelde wordt afgebeeld als een relatie binnen dezelfde institutionele context: beiden staan voor hetzelfde doel. De ondertoezichtgestelde levert de diensten, maar de toezichthouder

28 Marquez & Kean 2002, p. 7.

29 Hierin herkent men kenmerken van andere concepten, zoals 'compliance assistance', dat ook draait om de overdracht van kennis en informatie, zie: 'Compliance assistance & 'beyond compliance'' in: D. Zaelke, D. Kaniaru & E. Kružiková (eds), *Making law work: environmental compliance & sustainable development*, Cameron May 2005. Het verschil is dat dat concept vaak wordt toegepast op het toezicht in de fysieke omgeving (milieutoezicht). Wij beperken ons tot 'supportive supervision', ook al omdat dat het concept is dat door de donorlanden als panacee wordt gepredikt.

30 G. Yukl, *Leadership in organizations*, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall 2001.

31 S.A. Haslam, S.D. Reicher & M.J. Platow, *The new psychology of leadership: identity, influence and power*, New York: Psychology Press 2010.

32 S.C. Paustian-Underdahl et al., 'Antecedents to supportive supervision: an examination of biographical data', *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 2013 (86), p. 288-309.

33 De genoemde factoren zijn: grotere tevredenheid, betere samenwerking, betere prestaties en commitment bij de ondertoezichtgestelde.

34 G. Yukl, *Leadership in organizations*, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall 2001, p. 60.

is evenzeer verantwoordelijk voor de kwaliteit van de dienstverlening. Dit lijkt ver af te staan van de eerder besproken concepten van systeemtoezicht en proxy-toezicht, waarin juist afstand wordt gecreëerd tussen de (publieke) toezichthouder en degene die de uiteindelijke diensten levert. Toch is dat verschil maar schijn: ook bij deze moderniteiten is het uiteindelijk (ook) de toezichthouder die wordt aangekeken en soms wordt aangesproken op het falen van de ondertoezichtgestelden. In de casus van baby Jelmer richtte de kritiek van de Nationale ombudsman zich immers niet alleen op de medisch behandelaar, maar vooral op het ziekenhuis waarin deze werkzaam was en op de inspectie die toezicht moet houden op de kwaliteit van de te leveren zorg.³⁵

Een tweede kenmerk van supportive supervision is de *aard* van de relatie tussen toezichthouder en de ondertoezichtgestelde. De toezichthouder lijkt meer de houding aan te nemen van welwillende adviseur dan die van controleur. Toezichthouder en ondertoezichtgestelde gaan samen op zoek naar de relevante informatie en zoeken naar mogelijke oplossingen voor de gesignaleerde problemen.³⁶ De gedachte is dat er een wederkerige waardeoverdracht plaatsvindt: de ondertoezichtgestelde wordt een beetje 'opgevoed' ('zo doen wij dat als medicus') en de toezichthouder wordt gedwongen om mee te denken met de realiteit van de werkvloer – die er bijna per definitie een stuk ruwer uitziet dan de mooiste protocollen of 'manuals' doen vermoeden.

4 Veronderstelde effectiviteit van supportive supervision

Wat kan men nu verwachten van 'supportive supervision'? In zijn oratie beschrijft De Ridder twee wetten van toezicht.³⁷ De eerste wet luidt dat toezichthouders zelden gebruik maken van de toegekende formele bevoegdheden. Het mechanisme dat deze wetmatigheid verklaart, is de wederzijdse afhankelijkheid van toezichthouder en ondertoezichtgestelde: beiden hebben belang bij een goede relatie, ook al omdat conflicten (te) kostbaar zijn. Met overleg en advisering hoopt de toezichthouder de ondertoezichtgestelde tot het juiste gedrag te bewegen.

Als tweede wet noemt De Ridder de tendens tot het verminderen van de afstand tussen toezichthouder en ondertoezichtgestelde. De toezichthouder wordt vraagbaak en adviseur maar in ieder geval alles behalve de controleur die ingrijpt wanneer het fout gaat of fout dreigt te gaan.

De Ridder verbindt aan deze wetten ook veronderstellingen ten aanzien van de effectiviteit van het toezicht. Deze veronderstellingen zijn enigszins paradoxaal.³⁸

35 Nationale ombudsman, *Onverantwoorde zorg UMCG Onverantwoord toezicht IGZ*, Rapportnummer: 2011/357, Den Haag 2011.

36 Th. Reilkoff, 'Advantages of supportive supervision over clinical supervision of teachers', *NASSP Bulletin* 1981 (65), p. 28-34, ihb p. 31.

37 J. de Ridder, *Een goede raad voor toezicht* (oratie), Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2004, p. 42-43.

38 Winter herleidt dit tot een toezichtsparadox: H.B. Winter, *Zicht op toezicht?* (oratie), Groningen 2010, p. 10.

Uit de eerste wet leidt hij de stelling af dat een toezichthouder niet erg effectief is als hij te vaak gebruik maakt van een zware interventiebevoegdheid. En met 'te vaak' wordt dan gedacht aan ongeveer 10 procent van de interventies. De overige interventies moeten 'zacht' zijn (waarschuwen, overleggen, adviseren), wil het toezicht effectief blijven. Grijpt de toezichthouder te vaak en te snel naar de stok, dan creëert dat hoge kosten en onzekerheid.³⁹

Aan de andere kant leidt een te intieme relatie tot een vermenging van de functie van toezichthouder met die van ondertoezichtgestelde. De Ridder noemt de analogie van de staart die met de hond kwispelt.⁴⁰ Men zou dit ook het gevaar van 'capture' kunnen noemen: de toezichthouder is niet meer in staat zijn eigenlijke controlerende taak uit te oefenen, en werkt misstappen min of meer in de hand door te veel mee te denken met de ondertoezichtgestelde.⁴¹

De twee door De Ridder geformuleerde wetten van toezicht zijn dus op zijn minst ambigue ten aanzien van de veronderstelde effectiviteit van 'supportive supervision'. Enerzijds moet de toezichthouder niet te vaak en niet te snel ingrijpen, anderzijds is er het gevaar dat de toezichthouder in het pak wordt genaaid en te veel meebestuurt met degene waarop toezicht wordt gehouden. Wellicht biedt de Tanzaniaanse werkelijkheid iets meer inzicht in de vraag welke van beide veronderstellingen het meest overtuigt.

5 Supportive supervision in de Tanzaniaanse gezondheidszorg

5.1 Gezondheidszorg in Tanzania

Het beeld van de gezondheidszorg in Tanzania is, op zijn zachtst gezegd, niet rooskleurig. In zijn proefschrift signaleert Mollel een groot tekort aan personeel en infrastructuur.⁴² Het gevolg: slecht toegankelijke zorg, met name voor de armeren, resulterend in onder meer een relatief hoge kindersterfte.⁴³ Het is niet zo dat er geen beleid wordt gevoerd om deze situatie te verbeteren. Er worden bijvoorbeeld meer 'health workers' in dienst genomen.⁴⁴ Het voornaamste probleem is echter

39 De Ridder 2004, p. 42.

40 De Ridder 2004, p. 43.

41 Zie over capture in de financiële wereld: Pierre C. Boyer & Jorge Ponce, 'Regulatory capture and banking supervision reform', *Journal of Financial Stability* 2012 (8), p. 206–217.

42 H.A. Mollel, *Participation for local development: the reality of decentralisation in Tanzania* (diss. Groningen), African Studies Centre: Leiden 2010. Anderen signaleren hetzelfde: Ottar Mæstad, *Human Resources for Health in Tanzania: Challenges, Policy Options and Knowledge Gaps*, CMI Reports 2006; G. Kwesigaboa et al., 'Tanzania's health system and workforce crisis', *Journal of Public Health Policy* 2012 (33), p. 35–44.

43 B. Mwele, E. Reddy & H. Reybur, 'A rapid assessment of the quality of neonatal health-care in Kilimanjaro region, northeast Tanzania', *BMC Pediatrics* 2012 (12), p. 182, zie ook: L. Gilson, M. Magomi & E. Mkangaa, 'The structural quality of Tanzanian primary health facilities'. *Bulletin of the World Health Organization* 1995 1), p. 105–114 en meer recent: T. Kida, 'Provision and access of health care services in the urban health care market in Tanzania', *ESRF Discussion Paper No 42*, Dar es Salaam 2012.

44 'Tanzania Set to Train 10,000 New Health Workers Each Year' Tanzania Daily news 20 augustus 2013.

een gebrek aan vaardigheden en motivatie van degenen die in de medische sector werkzaam zijn. Ter illustratie: uit een onderzoek van Leonard et al. (2005) bleek dat slechts 49% van de medici aan de hand van een fictieve casus de juiste behandeling wisten. Van deze groep bleek 53% ook daadwerkelijk geneigd deze behandeling uit te voeren.⁴⁵ Er zijn tal van factoren waarom in de praktijk toch geen behandeling plaatsvindt. Ongeoorloofd verzuim is daar één van.⁴⁶ De opgave voor het toezicht is daarmee evident.

5.2 Design van het toezicht

Het toezicht op de gezondheidszorg is in Tanzania opgedragen aan de 'Council Health Management Teams' (CHMT). Deze teams werken op het niveau van het district (de laagste bestuurslaag in Tanzania). Naast de zorg voor het toezicht op de gezondheidszorg hebben deze CHMTs ook als taak de ziekenhuizen en dispensaries (tezamen aangeduid als 'health facilities') te bevoorraden.⁴⁷

In september 2010 stelt het ministerie van gezondheidszorg een document vast met de titel 'Human resource for health national supervision guidelines for quality health care services training guide on human resource for health supportive supervision' (hierna: Guidelines). Een mond vol, maar het is gewoon een richtlijn voor de wijze waarop CHMTs hun rol als 'supervisor' zouden moeten vormgeven. Dit toezicht zou de vorm moeten krijgen van 'supportive supervision', met als doel

'to help the healthcare staff on the site to identify, analyze and address needs and problems, improve skills and motivate staff, identify and plan training needs (...) facilitate teamwork or team spirit and improve communication within the facility.' (Guidelines, p. 10)

De richtlijnen bevatten enkele voorschriften over de procedure die zou moeten worden gebruikt bij het toezicht, met in vette kapitalen:

'SUPPORTIVE SUPERVISION IS NOT SEARCHING FOR MISTAKES' (Guidelines, p. 12)

Voorts wordt voorzien in een checklist met 33 'performance standards', uiteenlopend van 'does the hospital have an organogram' tot 'does the hospital staff have reasonable working conditions'.

Interessant is wat er *niet* in de richtlijnen is opgenomen. De performance standards bevatten bijvoorbeeld geen voorschriften over het object van toezicht: de wijze waarop zorg wordt verleend. Of de arts of verpleegkundige dus werkt conform medische standaarden, dan wel daarvan op de hoogte is, wordt niet getoetst, althans dat blijkt niet uit de guidelines. Evenmin voorziet de richtlijn in een norm over het aantal maal dat een ziekenhuis of dispensary bezocht zou moeten worden.

45 K.L. Leonard, M.C. Masatu & A. Vialou, *Getting Doctors to do their best: Ability, Altruism and Incentives*, National Science Foundation, World Bank: Washington 2005, p. 10.

46 F. Manzi et al., 'Human resources for health care delivery in Tanzania: a multifaced problem', *Human resources for Health* 2012 (10) 3.

47 Een dispensary is een kleinschalige inrichting waar zorg wordt verleend, vaak op het niveau van een verpleegkundige.

5.3 De realiteit

Komt er iets terecht van 'supportive supervision'?⁴⁸ Het korte antwoord is: niet bepaald. Er zijn drie waarnemingen die tot deze conclusie leiden. In de eerste plaats blijkt een groot deel van degenen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg niet bekend met het concept 'supportive supervision'. Uit interviews met medewerkers van verschillende health facilities blijkt dat zij het concept verschillend interpreteren, uiteenlopend van 'providing guidance' en 'onsite training' tot 'inspection' en 'checking the work to find a fault'. Juist deze laatste twee opvattingen vallen nu juist *niet* onder supportive supervision. Kortom: de ondertoezichtgestelden lijken niet precies te weten wat men aan een toezichthouder heeft of wat men ervan kan verwachten.

Nu zou men kunnen stellen dat de *kennis* over het concept van supportive supervision nog niet zoveel zegt over de implementatie ervan. Maar ook het toezicht dat de ondertoezichtgestelden *ervaren* wijkt af van wat men op grond van de richtlijnen zou verwachten. Uit een onderzoek onder 80 medewerkers van 30 verschillende health facilities bleek dat zij het toezicht kwalificeerden als 'demoraliserend, frustrerend en opdringerig, zonder ruimte voor uitleg door de ondertoezichtgestelden'. Toezichthouders blijken nog altijd vooral op zoek naar fouten en deinzen niet terug voor stevige interventies, van het onthouden van een vrije dag tot een transfer naar een 'very remote area'.⁴⁹ Volgens de respondenten heeft dit een nog slechter gemotiveerde staf tot gevolg, met een grotere neiging tot verzuim en verdere verslechtering van de gezondheidszorg.

Een derde waarneming komt uit een andere bron en betreft de taakvervulling door de CHMTs. Uit het onderzoek van Manzi et al. (2012) volgt dat een CHMT eigenlijk maandelijks ter plekke zou moeten zijn om 'support' te kunnen bieden.⁵⁰ In de praktijk wordt deze frequentie bij lange na niet gehaald. Sommige facilities – met name de ziekenhuizen en dispensaries die wat slechter te bereiken zijn – worden in geen maanden bezocht.⁵¹ Van een deugdelijke 'follow up' na geconstateerde gebreken, kan dan geen sprake zijn.

6 Conclusie

De centrale vraag van deze bijdrage is of supportive supervision in Tanzania is geïmplementeerd en welk effect dat heeft op de gezondheidszorg. Uit de casus valt af te leiden dat implementatie van supportive supervision niet aan de orde is. Supportive supervision lijkt een typisch voorbeeld van hoe Tanzania-vreemde concepten klak-

48 Dit was een onderzoeksvraag van AMREF, een non-gouvernementele organisatie gevestigd in Tanzania (zie www.amref.org), waarnaar onderzoek is gedaan door de eerste auteur.

49 In Tanzania staat dat gelijk aan verbanning.

50 F. Manzi et al., 'Human resources for health care delivery in Tanzania: a multifaced problem', *Human resources for Health* 2012 (10) 3.

51 G. Kwesigaboa et al., 'Tanzania's health system and workforce crisis', *Journal of Public Health Policy* 2012 (33), p. 41

keloos worden overgenomen in het beleid, zonder daadwerkelijke implementatie.⁵² Supportive supervision is in alles een concept dat door donorlanden de Tanzaniaanse overheid is opgedrongen. Het 'brondocument' van Marquez & Kaen (2002) is uitgegeven door de Amerikaanse hulporganisatie USAID. Het beeldmerk van dezelfde organisatie is zelfs te vinden op de voorpagina van de ministeriële 'richtlijnen' die voor implementatie van dit concept zouden moeten zorgen. Het Tanzaniaanse beleid lijkt te conformeren, maar in de realiteit verandert er niets: toezicht vindt nauwelijks plaats en als het al plaatsvindt, is het allesbehalve 'supportive'.⁵³

Maar wat is nu het effect van 'supportive supervision' op de kwaliteit van de gezondheidszorg in Tanzania? Op deze vraag zijn twee antwoorden denkbaar. Enerzijds zou men kunnen stellen dat supportive supervision er niet toe doet. Blijkbaar 'werkt' supportive supervision niet in de Tanzaniaanse context waarin het tekort aan mensen en middelen immens groot is en men onmogelijk in de vraag naar gezondheidszorg kan voorzien. Anderzijds zou men ook kritischer kunnen oordelen dat het opdringen van concepten als supportive supervision afleidt van waar het eigenlijk om zou moeten gaan: zorgen voor een goede gezondheidszorg. Het directe effect van het opdringen van dit soort concepten is immers dat er een nieuwe bureaucratie ontstaat, met een scorelijst op 33 'performance standards' die nauwelijks iets zeggen over de kwaliteit van de geleverde zorg. Andere, op het oog relevantere, informatie blijft daardoor buiten beschouwing, zoals de vraag of en hoeveel medewerkers aanwezig zijn,⁵⁴ wat de kwalificaties van deze medewerkers zijn en hoe het zit met de naleving van medische protocollen.

De uitdaging voor de nieuwe generatie (Tanzaniaanse) bestuurskundigen is daarmee evident: zoeken naar concepten of concepten zodanig aanpassen dat zij passen in de Tanzaniaanse context en daarmee wél bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit van de Tanzaniaanse gezondheidszorg. En intussen is het aanbevelingswaardig om Tanzaniaanse ziekenhuizen zoveel mogelijk te mijden.⁵⁵

52 J. Itika, J. de Ridder, A. Tollenaar (eds), *Theories and stories in African public administration*, African Studies Centre: Leiden 2011 bevat verschillende voorbeelden van dit mechanisme.

53 Dit is een constatering die bijvoorbeeld ook past bij de (gebrekkige) implementatie van het decentralisatiebeleid in Tanzania, zie: H.A. Mollel & A. Tollenaar, 'Decentralization in Tanzania: design and application in planning decisions', *International Journal of Public Administration* 2013 (5), pp. 344-353.

54 In het artikel van F. Manzi, et al. 2012 wordt 'absenteeïsme' van de medici als de voornaamste bedreiging van goede zorg gezien.

55 Dat dat niet altijd lukt, is hier te zien: <http://www.rug.nl/staff/a.tollenaar/ko.jpg>